Le Numéro : 15 CENTIMES — 6 Avril 1895. — 7 FRANCS par An

# LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

**ABONNEMENTS :**
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

**ADMINISTRATION :**
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

**DIRECTION SCIENTIFIQUE**

**F. BRUN**, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
**L. LANDOUZY**, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
**H. ROGER**, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
**E. BONNAIRE**, Accoucheur des hôpitaux.
**M. LETULLE**, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
**L. OLIVIER**, Docteur ès sciences.
**DE LAVARENNE**, Médecin des Eaux de Luchon.
**M. LERMOYEZ**, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
*De 4 à 6 heures*
3, RUE RACINE, Paris

## SOMMAIRE

**DES HYPERPLASIES COMPENSATRICES DE LA RÉGÉNÉRATION DU FOIE**, par V. Hanot. . . . 121
**KYSTE DE L'INION**, par C. Walther . . . . . 123
**REVUE DE THÉRAPEUTIQUE** : Traitement des tuberculoses locales par les injections d'essence de girofle. Le régime végétal dans le diabète. Faut-il donner de l'alcool aux diabétiques? La dyspepsie et les crises gastriques chez les diabétiques . . . . . 126
**ANALYSES DES TRAVAUX** français et étrangers . . . . . 127
**HYGIÈNE PRATIQUE** : Entretien et nettoyage des filtres à eaux potables. . . . . 128
**SOCIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES**. . . . . XLIX

## FACULTÉ DE MÉDECINE

**Avis aux candidats ajournés avant le 2 juin 1895.** — Les candidats ajournés avant le 2 juin 1895 sont informés que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin) ; 2° les épreuves orales seront renouvelées : *a*) à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 16 mai ; *b*), à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 16 mai et avant le 2 juin.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 27, 28 mai et 4 juin 1895 inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 2 juin consigneront les 10, 11, 17 et 18 juin 1895 inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

**Concours d'agrégation (chirurgie et accouchement).** — Ont traité les questions suivantes :

30 *mars* : MM. Lavergne (de Montpellier) ; Basset. — Question : *Dystocie par malformation fœtale dans le cas de grossesse simple.*

1er *avril* : MM. Schuhl (de Nancy), Lepage. — Question : *De l'asepsie et de l'antisepsie des organes génitaux pendant la grossesse et le travail de l'accouchement.*

2 *avril* : MM. Bué (de Lille), Puech (de Montpellier). — Question : *De l'avortement, de l'accouchement et de la délivrance dans le cas de grossesse gémellaire.*

3 *avril* : MM. Demelin, Potocki. — Question : *Traitement de l'avortement et de ses complications.*

4 *avril* : MM. Bonnaire, Vallois (de Lille). — Question : *Pathogénie et traitement de l'éclampsie.*

**Carte d'étudiant avec photographie, dite carte d'identité.** — Les étudiants qui désireraient obtenir cette carte sont invités à déposer, sous enveloppe fermée, chez le concierge de la Faculté : 1° la carte actuellement en leur possession (si cette carte est égarée, la remplacer par une déclaration de perte) ; 2° leur photographie non collée, ayant les dimensions maxima suivantes : hauteur, 7 centimètres ; largeur, 5 centimètres.

La nouvelle carte leur sera remise au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures, pendant les mois d'avril et de mai.

## HOPITAUX

**Concours de l'Internat.**

*Séance du 1er avril 1895*

VILLOSITÉS INTESTINALES. — ENTÉRITE TUBERCULEUSE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fosse. . . . . | 12 — 35 | Faure. . . . . | 16 — 12 |
| Lévy (Jules) . . . | 14 — 38 | Villeneuve. . . . | 15 — 40 |
| Tissier (Paul). . . | 16 — 41 | Guibé . . . . . | 15 — 41 |
| Sicard (Athanase). | 16 — 45 | Hepp (I. P.). . . . | 18 — 45 |
| Coulon. . . . . | 13 — 36 | Guibaud. . . . . | 15 — 40 |

*Séance du 4 avril 1895*

NERF PHRÉNIQUE. — PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marchais. . . . . | 16 — 45 | Rosenthal. . . . . | 16 — 41 |
| Decloux. . . . . | 16 — 41 | Bonnet (S.-René). | 15 — 40 |
| Millet Maurice. . | 14 — 38 | Jay (Noel) . . . . | 15 — 40 |
| Delamarre . . . . | 16 — 41 | Macrez. . . . . | 18 — 42 |

**Concours de l'Externat.**

1. MM. Lereboullet, Lenormant, Pétrot, Goujon, Barbarin, Prudhomme, Viaud-Grand-Marais, Brécy, Mesnard, Aubert.

11. Durand-Viel, Castaigne, Arloing, Boucher, Bernard (H.), Robic, Herrenschmidt, Jully, Cistrier, Santiard.

21. Souvestre, Pagniez, Linard, Camus, Silhol, Roux (M.), Miot, Masselon, Vanwtberghe, Bisch.

31. Del Pozo, Ribierre, Oppenheim, Coudert (Emile), Véron, Constensoux, Bourguignon, Armand-Delille, Mauban, Rudaux.

41. Griffon, Luys, Levrey, Marchais, Mesley, Leh, Jalabert, Leuret, Couvelaire, Hentgen.

51. Masson, Auffret, Sudaka, Teisseire, Maurage, Durrieux, Hérard, Martin (A.), Laroche, Grosjean.

61. Le Fournier, Ferron, Ghéorgiu, Bonnet, Bournigault, Mettey, Courcoux, Ball, Quiserne, Français.

71. Laffitte, Rémoussenard, Sentex, Richard (Louis), Pitance, Poulard, Lalande, Maucotel, Cahen, Mme Servant.

81. Latruffe, Termet, Vouzelle, Pascal, Touillon, Jacowski, Netter, Furet, Gasne, Tuefferd.

91. Delabost, Savignat, Signeux, Bufnoir, Foulon, Thiollier, Roché, Robert (L.), Lelong (André), Petit (Paul).

101. Léri, Vaslet de Fontaubert, Bruyère, Pelisse, Héresco, Dardel, Lustgarten, Jeanne, Martirené, Pierreson.

111. Dartigues, Turner, Legroux, Duvernoy, Ramond, Thouvenet, Lecornu, Margnat, Prat, Langevin.

111. Baup, Crouzon, Ombredanne, Noisette, Gimbal, Leduc, Calmels, Pestemalzoglu, Aoustin, Parmentier.

121. Nicolas, Briais, Mercier, Résibois, Marchand, Malterre, Marty, Gourrichon, Bernard (J.), Druault.

141. Gaullieur-l'Hardy, Rastouil, Khorassandgi, Iguard, Goin, Wegbécher, Fraissinet, Letourneur, Ertzbischoff, Montignac.

151. Caubet, Bertier, Godineau, Strohéker, Audard, Leclerc, Dumas, Gentin, Besse, Lefas.

161. Peyre, Bertin, Mircousch, Matza, Salmon, Wildenstein, Milanoff, Perietzeanu, Meyer (R.), Saurel.

171. Roger (P.), Gibert, Ghika, Costinesco, Plancke, Deroyer, Mauger, Piatot, Fays. Chastanet.

181. Geoffroy-Saint-Hilaire, Dutar, Vergely, Coudert (Raoul), Baron, Ambrosi, Braye, Caillard, Langlois, Guériteau.

191. Salles, Fougères, Bizet, Goubeau, Lebard, Glin, Héron de Villefosse, Bonnemaison, Cassin, Attal.

201. Jacovidès, Ardouin, Bardou, Baugrand, Ferrand, Lemesle, Mihailesco, Chéruy, Kassaboff, Levesque.

211. Roux (Ch.), Abram, Cotard, Weill (André), Anselin, Manceau, Morin, Eloy, Lortat (Jacob), Cathala.

221. Monod, Barasch, Guyotte, Pamard, Goizet, Mathé, Lemaître, Millien, Herpain, Gabory.

231. Léo, Querneau, Athanasiu, Legros, Macaud, Vassaux, Bandelot, Fonvielle, Gouffier, Lainé.

241. Armandin, Bernard (Paul), Clément, de Lacombe, Dupuy, Gloppe, Palas, Petresco, Raymond, Brunel.

251. Hémet, Loisel, Manuel, Rivalta, Sorre, Zacchiri, Monier, Camiade, Dolbeau, Lévis.

261. Lourdin, Poirson, Vigier, Huguet, Mouille, Chevalier (Paul), Ozanne, Mahu, Mlle Tabalowsky, Gerboud.

271. Latron, Bourgain, de Freslon, Baqué, Faure, Guyot, Constantinesco, de Maio, Gaultier (R.), Silvie.

281. Audiganne, Bentz, Bouchard, Boury, Dufour-la-Bastide, Fié, Girard, Housquains, Stini, Vallat.

291. Houdé, Macrycostas, Millot, Montais, Watelet, Briens, Moret, Larrieu, Costin, Lachouille.

301. Boulay (J.), Leroy (Eug.), Zadoc, Dieupart, Cholet, May, Touchard, Bourcau, Gleize, Nazare-Aga.

311. Tassigny, Delgrange, Hulleu, Degris, Léger, Vassor, Mlle Akimoff, Cabrol, Halberchtadt, Morillo.

321. Richard (Alex.), Brousse, Champion, Sicard, Asselineau, Campos, Charvilhat, de Milly, Dériaud, Férouelle.

331. Lebel, Magnan, Girod, Lipmann, Faivre, d'Avellar, Vast, Delthil, Blottière, Lourier.

341. Fauquet, Jaisson, Dufour, Morlet, Guénard, Riou, Lelong (Georges), Robert (J.), Sturda, Friaque.

351. Valle-Castillo, Heulin, Veeck, Feurtet, Lévy-Valency, Wibault, Fontoynont, Argeliés, Devillas, Ferrarida, Grado.

361. Gamet, Boissier, Druelle, Lévy (Edmond), Jouneau, Schwob, Balencie, Mouthon, Audistère, Fraleu.

371. Rivet, Arnoux, Barrault, Gosselin, Mützner, Ferry, Chardin, Alivizatos.

**Amphithéâtre d'anatomie.** — MM. les internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire ont commencé le 1er avril 1895.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire. Les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. (Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique).

Les séries seront reconstituées, pour la médecine opératoire, dès que MM. les élèves auront reçu de nouvelles cartes pour l'année scolaire 1895-1896.

## *NOUVELLES*

**Laboratoire de tératologie.** — M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique le *mardi* 23 avril 1895 et les continuera les *samedis* et *mardis* suivants, au laboratoire de tératologie (bâtiment du Musée Dupuytren).

**Société médico-chirurgicale** (séance du lundi 8 avril 1895). — 1° M. Bovet. Des albumines phosphorées genre légumine, dans les maladies de la nutrition, dyspepsie, diabète, obésité, etc. ; 2° M. Forestier. Un cas d'arrêt d'accroissement considérable de l'humérus et du fémur consécutif à des ostéites juxta-épiphysaires de la première enfance. Présentation de photographies ; 3° M. Tripet. La grippe à forme de fièvre continue ; 4° Election d'un membre titulaire.

**SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES**
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

**Glycérophosphate de chaux Freyssinge.**

**VICHY-CÉLESTINS**
*Dyspepsies* : Vin de Chassaing. — *Aliment des enfants* : Phosphatines Falières. — *Constipation* : Poudre laxative de Vichy.

**HAMAMELINE-ROYA** : *Tonique vasculaire.*

**KOLA CHAPOTOT GRANULÉE**

**POUGUES** *sans rivale* GASTRALGIES, DYSPEPSIES, GRAVELLES
**CARABANA**. PURGATIVE. DIGESTIVE.
**POUGUES St-LEGER** GUÉRIT : ESTOMAC INTESTINS — VESSIE

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

2 avril 1895.

**Les pyodermites grippales.** — **M. Leloir**, qui a déjà signalé la fréquence des éruptions cutanées au cours ou au déclin de la grippe, surtout les érythèmes rubéoliformes, scarlatiniformes, purpuriques, polymorphes, et les poussées d'herpès, vient attirer l'attention sur des manifestations cutanées, moins connues, s'accompagnant de suppuration, c'est-à-dire sur les pyodermites.

On observe le plus fréquemment des furoncles, des anthrax et des folliculites, plus rarement des tournioles, de l'impétigo et de l'ecthyma. Ces éruptions apparaissent au cours ou au déclin de la grippe, chez des sujets antérieurement indemnes de toute dermatose.

Au point de vue pathogénique, on peut diviser ces suppurations en deux catégories.

1° Le pus a été inoculé directement à la surface de la peau : furoncles de la lèvre supérieure, dus au contact du muco-pus qui s'écoule du nez; contamination des joues, du front par le mouchoir imprégné de muco-pus; tournioles, dues à l'inoculation directe du doigt par l'écoulement nasal.

2° La suppuration est de cause interne, d'origine sanguine, et relève des mêmes causes que les suppurations viscérales observées au cours de la grippe. La localisation se voit surtout là où les glandes de la peau sont les plus volumineuses et les plus vascularisées, à l'aisselle et à l'aine. On peut en rapprocher les poussées d'acné et de séborrhée du début de la convalescence, analogues aux poussées d'acné de la dilatation de l'estomac, comme elles tenant à l'intoxication de l'organisme.

Les pyodermites par inoculation, exogènes, apparaissent au cours de la période active de la maladie; celles par élimination, endogènes, surviennent, au contraire, pendant la convalescence.

Le traitement consiste à obtenir la désinfection gastro-intestinale par le benzo-naphtol, et par des purgatifs répétés; le calomel a donné les meilleurs résultats. A l'intérieur la quinine, précieuse surtout contre les poussées furonculeuses. Comme traitement local, des lotions avec des alcoolats contenant du salol ou de la résorcine.

**M. Hallopeau.** — La grippe prédispose les tissus à se laisser envahir par les microbes pyogènes, telles les otites suppurées, les pleurésies et péricardites purulentes; les faits de M. Leloir prouvent que la peau est à ce point de vue au même rang que les autres organes. Ces suppurations sont dues à des infections secondaires par les microbes pyogènes, spécialement par le staphylocoque.

**M. Colin** qui rappelait récemment la possibilité de méningites suppurées d'origine grippale, cite l'épidémie de grippe de la garnison de Dijon, où l'on observait des pleurésies purulentes si brusques, que l'on trouvait du pus dans la plèvre au lendemain de l'apparition du point de côté.

**Traitement chirurgical de l'épispadias.** — **M. Berger** présente un rapport sur un travail de M. Pozzi à propos d'un cas d'épispadias traité par la méthode de Thiersch, c'est-à-dire par l'opération en deux temps, qui, si elle rend facile la restauration de la partie pénienne de l'urèthre, ne réussit pas toujours pour la portion balanique. Dans le cas de M. Pozzi, cette restauration a échoué en partie, et a nécessité une opération complémentaire.

M. Duplay préfère la réunion directe par suture des deux bords avivés de la gouttière urétrale.

Quelle méthode faut-il adopter? C'est affaire d'opportunité. Si la gouttière est large et profonde, la méthode de Duplay, plus simple, donne d'excellents résultats. Si elle est petite, peu profonde, on ne réussit pas, surtout au niveau du gland, où les sutures se trouvent distendues; ou bien, si elles résistent, on crée un canal trop petit pour l'écoulement de l'urine.

M. Pozzi a pratiqué la création temporaire d'une boutonnière périnéale pour l'écoulement de l'urine pendant la cicatrisation du canal, méthode qui, inaugurée par Thiersch, avait été abandonnée. Cependant, elle peut rendre de grands services, et si elle crée une petite complication momentanée, elle augmente en revanche, les chances d'une réussite définitive.

**M. Le Dentu** estime que si l'on fait les avivements à une distance suffisante de la gouttière, si l'on a soin de prendre des lambeaux suffisamment étendus, le procédé de Duplay, beaucoup plus simple que celui de Thiersch, donne autant de succès. Mais aucun de ces procédés ne peut remédier à l'incontinence des urines.

**Sur un cas d'hermaphrodisme.** — **M. Péan** présente une jeune personne de quinze ans qui, à sa naissance a été déclarée comme fille; bientôt, le médecin appelé à la voir, dans les maladies de son enfance, s'aperçut qu'elle présentait une conformation anormale et elle fut envoyée à Paris. Alors on constata que l'enfant avait déjà de la barbe, que la voix était rauque, qu'il n'y avait pas de mamelles; le bassin était étroit, il y avait un pénis bien développé pouvant entrer en érection. On conclut donc au sexe masculin.

Le sujet prit alors des habits d'homme et se plaça comme palefrenier successivement chez deux confrères qui conçurent des doutes sur son nouveau sexe et nous l'adressèrent à l'Hôpital international; du reste, il se plaignait de douleurs abdominales vives.

En l'examinant, on trouvait un hypospadias et un scrotum vide. Le diagnostic fut une cryptorchidie double et une opération fut pratiquée pour aller à la recherche des testicules.

L'opération faite en deux temps conduit à constater la présence d'un utérus petit, d'annexes peu développées dont le tissu fut reconnu par MM. Cornil et Brault comme appartenant à l'ovaire.

L'ablation de l'utérus et des annexes fut faite par la laparotomie.

Ce fait prouve, une fois de plus, que l'on ne peut se baser sur la conformation des organes génitaux externes pour établir le sexe, dans les cas douteux.

**Traitement médical des végétations adénoïdes.** — **M. Marage** traite les végétations adénoïdes par des badigeonnages avec un mélange à parties égales d'eau et de résorcine. En six à dix séances au plus, tous les deux ou trois jours, le malade est guéri et la guérison a pu être suivie plusieurs années.

**De l'ostéotomie du maxillaire supérieur combinée avec la section de la cloison nasale comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies.** — **M. Le Dentu**, chez trois malades atteints de bec-de-lièvre avec division du bord alvéolaire et de la voûte palatine dans une plus ou moins grande étendue, a pratiqué avec succès l'opération suivante : *a*) avivement des bords opposés de la division; *b*) passage d'un ou deux fils métalliques au moyen du perforateur; *c*) ostéotomie de la voûte palatine; *d*) ostéotomie de la cloison nasale; *e*) torsion des fils.

Le bec-de-lièvre doit être opéré dans la même séance, sauf contre-indication.

Cette double opération ne doit pas être faite avant l'âge de dix-huit mois à deux ans, et à un moment où l'on craint des accidents se rattachant à l'évolution dentaire. Un intervalle d'au moins six mois est nécessaire après les ostéotomies. Pour le second temps, l'uranostaphylorraphie.

M. Bleicher (de Nancy) est élu dans la section de chimie et pharmacie.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

30 mars 1895.

**Sérum antistreptococcique.** — **M. Roger** a relaté, dans une précédente séance, l'observation d'une malade atteinte de fièvre puerpérale, et chez laquelle il avait fait une première application de la sérothérapie antistreptococcique. Malgré la gravité de l'infection, cette femme était guérie en quarante-huit heures.

Le jour même de cette communication, il commençait avec M. Charrin le traitement d'une femme qui avait accouché en ville le 18 février; le lendemain de l'accouchement, la fièvre s'allumait et le 22 au soir cette femme entrait à la Maternité; la température atteignait 39 degrés. Le 23 au matin, elle était de 38°,4; il y avait des lochies fétides; on injecta 26 centimètres cubes de sérum; le soir, la température remontait à 39 degrés; nouvelle injection de 20 centimètres cubes. Le 24 au matin, la malade se sentait mieux, et le 25, après deux injections de 20 centimètres cubes, la fièvre tombait, les lochies étaient inodores, l'état général excellent.

Ce qui est frappant dans ces deux cas, c'est la prompte amélioration de l'état général, le sentiment de bien-être éprouvé quelques heures après les injections, le peu de durée de la convalescence.

Il était intéressant de poursuivre cette étude dans les autres affections streptococciques. Or, Roger et Charrin ont eu l'occasion de traiter un cas d'érysipèle survenu chez un enfant de trois semaines, qui pesait 2.600 grammes à sa naissance et était élevé à la couveuse. Quarante-huit heures après le début de l'érysipèle, qui occupait la lèvre supérieure et les joues, injection sous la peau de 5 centimètres cubes de sérum. Le lendemain l'érysipèle avait diminué et, au bout de quatre jours, l'enfant était guéri. Son poids, qui était tombé de 2.780 à 2.600 grammes, remonta rapidement et le 17 mars il était de 3.000 grammes.

Cette observation est d'autant plus intéressante que l'érysipèle des nouveau-nés, contrairement à l'érysipèle des adultes, est presque toujours mortel.

Enfin, le sérum a été injecté à une femme qui vingt jours après l'accouchement, était atteinte d'une angine pseudo-membraneuse à streptocoques: la température oscillait entre 39°,7 et 41°,3; la quinine étant restée sans effet, le pouls étant rapide (148 pulsations à la minute), faible et irrégulier, les battements cardiaques ayant le rythme fœtal, nous nous sommes décidés à injecter le sérum. La malade a reçu 60 centimètres cubes le premier jour, en deux fois, et 30 le lendemain; trente-six heures après la première injection, la température tombait de 41° à 38°,3, et vingt-quatre heures plus tard elle revenait à la normale d'une façon définitive.

Ces faits sont intéressants, parce qu'ils se rapportent à des formes différentes de l'infection streptococcique. S'ils sont trop peu nombreux pour justifier une conclusion touchant l'action curative du sérum, ils permettent du moins d'affirmer déjà son innocuité et autorisent, croyons-nous, à en commencer l'usage dès le début des accidents.

**Traitement de l'érysipèle par le sérum antistreptococcique.** — **M. Marmorek** a traité depuis quelque temps, dans le service de M. Chantemesse, par des injections de sérum antistreptococcique, 46 malades atteints d'érysipèle. Tous ont guéri. Ce sérum provenait de chevaux ou d'ânes qui avaient été immunisés à l'aide d'inoculations d'une culture très virulente de streptocoques. La dose initiale de sérum était de 10 centimètres cubes.

**Sur les connexions du noyau rouge avec la corticalité cérébrale.** — **M. et Mme Dejerine.** Les connexions du noyau rouge de Stilling avec la corticalité cérébrale sont encore loin d'être élucidées. Le problème est le suivant : 1° le pédoncule cérébelleux supérieur est-il en connexion directe avec la corticalité cérébrale? 2° le noyau rouge entre-t-il en connexion avec l'écorce cérébrale? Cette connexion avec la corticalité cérébrale est-elle directe, ou ne se fait-elle que par l'intermédiaire des noyaux du thalamus?

1° L'hémiatrophie croisée du cervelet, observée dans les cas d'hémiplégie cérébrale infantile, paraît apporter une preuve favorable à la première question; mais, lorsqu'on examine ces faits à l'aide de coupes microscopiques, on voit que le pédoncule cérébelleux supérieur n'est pas dégénéré et que ses fibres sont seulement diminuées de volume. Il s'agit donc ici d'une atrophie indirecte, dans le sens que lui a donné von Monakow et non d'une véritable dégénérescence. Par conséquent, le pédoncule cérébelleux supérieur ne reçoit pas de fibres venant directement de la corticalité cérébrale. Ce pédoncule relie le noyau rouge à l'olive cérébelleuse, car non seulement les cellules du noyau rouge s'atrophient à la suite de la section du pédoncule cérébelleux supérieur (Forel et Laufer, Mahaim), mais ces cellules s'atrophient également, ainsi que le pédoncule cérébelleux supérieur, à la suite de l'ablation d'un hémisphère cérébelleux (Forel, von Gudden, Véjas, Luciani, Marchi, Ferrier et Turner, Mingazzini), toutes les fois, en un mot, que l'olive cérébelleuse est lésée. Par contre, lorsque l'écorce cérébelleuse est seule altérée, dans les cas de sclérose totale et bilatérale de la corticalité du cervelet, le pédoncule cérébelleux supérieur ainsi que le noyau rouge persistent intacts, ainsi que nous avons pu le constater.

Ces différents faits montrent donc que le pédoncule cérébelleux supérieur prend son origine dans le noyau rouge (Forel, Mahaim) et qu'il n'entre qu'indirectement en connexion avec l'écorce cérébrale.

2° Les documents que nous possédons sur les connexions du noyau rouge avec la corticalité cérébrale sont encore peu nombreux. Arndt et Witkowsky ont bien signalé la dégénérescence de ce noyau, mais ces faits ne peuvent être utilisés dans l'espèce, car dans les cas rapportés par ces auteurs, il s'agissait de lésions primitives de la couche optique. L'atrophie du noyau rouge à la suite de lésions corticales a été signalée par Flechsig et Hösel, Mahaim et tout récemment par von Monakow. Dans ces trois cas, auxquels nous pourrions en ajouter un qui nous est personnel, la lésion primitive remontait à la première enfance. Or, dans ces différents faits, il s'agit surtout d'une atrophie en masse du noyau rouge et, comme ici il n'existait pas de dégénérescence proprement dite, intéressant certaines parties du noyau rouge aux dépens des autres, on peut se demander si, dans ces divers cas, il ne s'agissait pas plutôt d'une atrophie indirecte, secondaire, et si cette atrophie n'était pas la conséquence de la dégénérescence des fibres radiées du thalamus.

Ces faits démontrent l'existence d'une connexion indirecte entre le noyau rouge et la corticalité cérébrale par l'intermédiaire de la couche optique, mais ne peuvent, selon nous, être invoqués en faveur de l'existence d'une connexion corticale directe de ce noyau. Ces connexions existent néanmoins, ainsi que M. et Mme Dejerine en ont observé un exemple.

Il résulte donc de ces recherches que la voie cérébro-cérébelleuse qui passe par le noyau rouge et l'olive cérébelleuse est, contrairement à l'opinion de Meynert, de Flechsig et Hösel, non pas une voie directe, mais une voie indirecte, composée au moins de trois neurones, à savoir : 1° un neurone supérieur, cérébral ou cortico-rubrique, constitué par les radiations du noyau rouge; 2° un neurone moyen ou rubro-cérébelleux, constitué par le pédoncule cérébelleux supérieur; 3° un neurone inférieur ou cérébelleux, représenté par les fibres qui relient l'olive cérébelleuse à l'écorce cérébelleuse. A côté de la voie cortico-rubrique directe, il en existe une autre, indirecte, qui passe par le thalamus et dont le premier neurone est constitué par les radiations thalamiques qui relient l'écorce du cerveau aux noyaux de la couche optique, et le second par les radiations de la calotte qui unissent le thalamus au noyau rouge. Le territoire cortical dans lequel siègent les cellules d'origine du neurone cortico-rubrique direct n'est pas encore rigoureusement déterminé; il est probable cependant qu'il occupe une grande étendue et qu'il siège principalement dans l'écorce du lobe pariétal. Nous avons, en effet, constaté chez l'adulte que les fibres cortico-rubriques directes dégénèrent à la suite de lésions du pli courbe, du lobule pariétal inférieur, du *gyrus supramarginalis*, mais dans ces faits, la dégénérescence était notablement moins accusée que dans le cas de vaste lésion corticale que nous venons de rapporter.

**Sur les atrophies médullaires d'origine centripète.** — **M. G. Marinesco** a examiné la moelle de quatre amputés et a trouvé une hémiatrophie portant à la fois sur la substance grise et sur la substance blanche du côté de l'amputation. Cette lésion va en diminuant de bas en haut, quand il s'agit d'une amputation du membre inférieur, et de haut en bas quand il s'agit d'une amputation du membre supérieur ou d'un de ses segments. Dans le premier cas, elle a son maximum au niveau du renflement lombaire et, dans le second, au niveau du renflement cervical.

Quant à l'atrophie des fibres exogènes des cordons postérieurs, elle nous a toujours paru avoir une origine réflexe, manière de voir qui a été adoptée par MM. Goldscheider et von Lenhossék.

Il y a lieu d'invoquer le même mécanisme pour expliquer l'atrophie des fibres endogènes des cordons postérieurs et latéraux par l'intermédiaire de leur centre trophique.

Cette atrophie expliquerait l'hémiatrophie de la moelle. En effet, les recherches de Ramon y Cajal, de Kölliker et de von Lenhossék ont prouvé que la substance grise postérieure contient un certain nombre de cellules nerveuses dont le cylindre-axe, par sa division en branche ascendante et en branche descendante, contribue à former les faisceaux fondamentaux de la substance blanche postérieure et antéro-latérale. Ce sont les cellules de cordon, dont le type est représenté par les cellules de la colonne de Clarke. Or, les cellules de la colonne de Clarke et certaines cellules de la corne postérieure du côté de l'amputation sont atrophiées et disparues en partie. Cette atrophie est la conséquence de la perturbation fonctionnelle des excitations périphériques qui leur arrivent par les fibres exogènes. On pourrait admettre, à la rigueur, une propagation du processus d'atrophie des fibres exogènes et des cordons postérieurs aux cellules de cordon; mais, même dans cette dernière hypothèse, l'altération des fibres endogènes est sous la dépendance de leur centre trophique.

L'atrophie des fibres exogènes des cordons postérieurs est une atrophie secondaire consécutive aux troubles nutritifs des ganglions spinaux, tandis que l'atrophie

des fibres endogènes est une atrophie tertiaire produite indirectement par la perturbation dans la somme des excitations périphériques apportées par les fibres exogènes.

En utilisant le langage actuel des histologistes, on pourrait dire que la première est une atrophie neurale, *directe* ou *primaire*, tandis que la seconde serait une atrophie *indirecte* ou *secondaire*.

**Mécanisme de l'agraphie dans l'aphasie motrice corticale.** — **M. Mirallié** a étudié les deux théories émises pour expliquer l'existence de l'agraphie qui est presque constante chez les aphasiques moteurs corticaux. Exner, Charcot, Pitres admettent l'existence d'un centre graphique autonome siégeant au pied de la deuxième frontale gauche. Déjerine, Wernicke, Lichtheim, Gowers soutiennent que l'agraphie résulte de la perte de la notion du mot, le malade étant incapable d'évoquer le mot dans son langage intérieur.

Après avoir recherché l'état de l'écriture par les procédés ordinaires, M. Mirallié a répété la même série d'exercices en donnant à ses malades une série de cubes alphabétiques. Ce moyen supprimait le graphique de l'écriture, et le remplaçait par un acte intellectuel, de reconnaissance de lettres, de leur coordination en mots. Or, les troubles de l'écriture, dans toutes les expériences, se sont montrés identiquement les mêmes par l'un ou l'autre procédé. Donc :

1° Dans l'aphasie motrice corticale, l'agraphie ne consiste pas dans l'impossibilité de tracer sur le papier les lettres et de les rassembler en mots. Elle résulte de l'impossibilité d'évoquer dans le langage intérieur la notion des lettres et des mots ; il y a altération même de la notion du mot. Aussi les agraphiques ne peuvent-ils pas mieux écrire avec des lettres mises à leur disposition qu'avec une plume.

2° L'agraphie ne résulte pas d'un trouble moteur, d'une perte d'images graphiques, et par suite ne relève pas d'un centre moteur graphique autonome, spécialisé pour les mouvements de l'écriture.

**M. Dejerine** ajoute que les recherches faites dans son service par M. Mirallié montrent, une fois de plus, qu'il n'y a pas de centre spécialisé pour les mouvements de l'écriture. En effet, en dehors du fait signalé par Wernicke, que l'on peut écrire avec une partie quelconque du corps, pourvu qu'elle soit suffisamment mobile, en dehors de ce fait que l'hypothèse d'un centre graphique ne s'accorde guère avec l'usage de la machine à écrire dont l'emploi se généralise de jour en jour davantage, il faut remarquer que la conservation de la faculté de copier chez l'aphasique moteur agraphique pour l'écriture spontanée et sous dictée, est absolument inconciliable avec l'hypothèse d'un prétendu centre graphique.

**Effets de la section expérimentale des nerfs du foie.** — **M. Thiroloix** a étudié l'effet de cette section chez les animaux normaux ou rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas et a pu démontrer l'existence d'une glycogénie et d'une glycosurie hépato-pancréatiques d'ordre cellulaire.

La section des nerfs du foie, tout en amenant une diminution remarquable de volume de cet organe n'amène pas de grands troubles dans la santé des animaux, du moins pendant les deux à trois mois qui suivent l'opération. Il semble en être de même du pancréas qui, après énervation, continue à fournir sa double sécrétion externe digestive et interne glycogénique. La section des nerfs du foie pratiquée en même temps, avant ou après l'extirpation du pancréas, n'empêche nullement l'apparition de la glycosurie. Cette glycosurie toutefois paraît être plus tardive et plus grave que chez les chiens dont le foie possède un appareil d'innervation intact.

Enfin, l'établissement de la greffe pancréatique jointe à la section des nerfs hépatiques permet, de créer une glycogénie normale et une glycosurie hépato-pancréatique d'ordre cellulaire.

La sécrétion interne du pancréas paraît donc influencer les cellules hépatiques directement par l'intermédiaire du sang veineux porte ou artériel. Le diabète observé dans ces conditions a toujours été d'une rapidité extrême.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

3 avril 1895.

**De la conduite chirurgicale à tenir dans les cas de contusion de l'abdomen.** — **M. Kirmisson.** A propos des signes auxquels peut donner naissance la contusion de l'abdomen, je mentionnerai le cas d'un homme qui tombé d'un échafaudage et gravement contusionné fut frappé d'anurie complète. L'autopsie montra qu'il n'existait pas de perforation dans la vessie qui d'ailleurs était vide ; la mort était due à une rupture de l'intestin que j'avais au reste pu diagnostiquer.

Quant à la conduite à tenir, je m'associe pleinement aux conclusions de M. Quénu ; il ne faut pas intervenir toujours et quand même et on doit tenir compte de la gravité et de l'intensité du traumatisme d'une part, de la réaction péritonéale d'autre part.

**M. Reynier.** La discussion actuelle, pas plus que les précédentes, ne permettra d'arriver à une entente. Les uns sont très pressés et veulent une intervention immédiate, les autres préfèrent temporiser quand l'étude étiologique ou symptomatologique ne fait pas soupçonner de lésions sérieuses. Je me range parmi ces derniers et estime, qu'en laparotomisant tous les contusionnés, on s'expose à faire bien des laparotomies inutiles et à s'offrir ainsi de faciles succès. Il y a huit jours encore, je fus appelé auprès d'un de mes amis, grand amateur d'exercices physiques, qui, d'un trapèze, était tombé sur une barre fixe. Je le trouvai en état de choc six heures après ; le pouls était petit, le ventre sensible et le malade se plaignait d'une vive douleur au niveau du côlon transverse, enfin il existait un état nauséeux. Je fus sur le point d'intervenir, mais je temporisais tout en surveillant attentivement. Le lendemain matin, le malade allait mieux et la guérison est survenue rapidement.

Il faut donc distinguer entre les cas ; si pour les violents traumatismes, tels que les tamponnements, il n'y a pas d'hésitation possible, pour les contusions peu graves, il vaut mieux attendre.

**M. Michaux.** M. Delorme, se basant sur sa statistique personnelle qui comprend 9 cas, m'objecte que la plupart des hommes de troupe, qui reçoivent des coups de pieds de cheval, guérissent sans intervention. Je puis lui opposer les recherches de Chavasse qui a pu rassembler 36 cas de contusion de l'abdomen, avec 35 morts, celles de Moty qui sur 9 cas de contusion abdominale en relève 3 de graves et c'étaient 3 ruptures de l'intestin, enfin 3 de mes observations qui ont donné 2 morts. On peut donc dire que la contusion par coup de pied de cheval donne une mortalité égale à 1/3.

L'indication de l'intervention doit être basée sur des signes cliniques, disent les temporisateurs, mais je ferai remarquer que, à part le cas d'hémorrhagie interne, le diagnostic des lésions est impossible dans les premières heures. La laparotomie reste seule à faire. Il est vrai que M. Quénu trouve qu'elle sera abusive et pense que beaucoup de mes malades auraient guéri spontanément. Je ne suis pas de son avis et plus de la moitié de mes cas étaient graves.

Néanmoins je ne veux pas passer pour un interventionniste de parti pris et je pense qu'il faut observer soigneusement son malade, tenir compte de tous les signes et en particulier de la douleur, de la température, du pouls, etc. On décèlera ainsi quelque symptôme qui permettra d'opérer à temps.

**M. Quénu.** M Michaux atténue les conclusions de sa première communication. Dès lors qu'il admet qu'il faut tenir compte de l'intensité du traumatisme d'une part et de l'apparition de certains signes cliniques d'autre part, nous sommes tous d'accord.

**Étiologie et traitement des fistules urétéro-vaginales.** — **M. Tuffier.** J'ai eu l'occasion d'observer quatre cas de fistule urétéro-vaginale. Le premier a trait à une femme de trente-six ans, hystérectomisée pour fibrome en décembre 1892. Une fistule urétéro-vaginale s'ensuivit du côté droit. Au niveau de la fistule existait un rétrécissement et l'on pouvait constater de l'hydronéphrose. Vingt-cinq jours après l'hystérectomie, je fis la laparotomie et pratiquai l'urétéro-néo-cystostomie ; la seule difficulté de l'opération fut la recherche de l'uretère. La malade guérit. Chez une seconde malade, je constatai également une fistule, mais, contre toute attente, la guérison se fit spontanément ; quelques recherches bibliographiques m'ont permis de trouver deux autres cas analogues. Ma troisième malade présentait une fistule consécutive à une large incision du cul-de-sac postérieur ; j'avivai, je cautérisai les bords au nitrate d'argent et la guérison survint. Enfin le quatrième cas est celui d'une femme de quarante-sept ans, hystérectomisée en janvier dernier pour suppuration pelvienne. Comme chez ma première malade je fis la laparotomie pour pratiquer l'urétéro-néo-cystostomie, mais l'existence d'adhérences m'empêchèrent de réaliser mon projet et je fis alors la ligature de l'uretère au catgut pour déterminer l'atrophie du rein. La malade ne rendit plus d'urine pendant sept jours ; mais le huitième la fistule reparaissait. Je dus donc aborder la fistule par le vagin, je décollai assez haut l'uretère et l'abouchai dans la vessie. Ma malade guérit.

Au point de vue étiologique je ferai remarquer que mes quatre fistules siégeaient à droite et, de recherches bibliographiques, je puis conclure que huit fois sur dix la fistule urétéro-vaginale consécutive à l'hystérectomie siège à droite. La cause en est dans ce fait que l'opérateur ne rase pas aussi bien de sa pince le bord droit que le bord gauche de l'utérus.

La fistule peut être due soit à une section simple, ce qui est rare, soit à une perte de substance, cas le plus commun. L'uretère peut être complètement ou incomplètement sectionné : dans ce dernier cas, la fistule est latérale et l'on comprend que la guérison spontanée puisse survenir. Quand la section de l'uretère est complète, il existe au niveau de la fistule une sorte de rétrécissement cicatriciel qui amène une oblitération partielle.

C'est à la voie vaginale que je donne la préférence pour le traitement des fistules urétéro-vaginales. C'est d'ailleurs la pratique la plus ancienne, pratiquée le plus souvent, et qui a donné de nombreux succès. En cas d'échec par cette voie, on aura recours à la laparotomie pour pratiquer, si c'est possible, l'urétéro-cystostomie. Si cette opération est elle-même impraticable ou échoue, il restera à fixer l'uretère dans le côlon ou à la peau. Ce n'est qu'en dernier lieu qu'on pratiquera la néphrectomie. L'extirpation du rein ne doit pas être faite d'emblée : cependant il ne faut pas non plus la trop retarder, car elle deviendrait fort difficile, comme le prouve un cas de Billroth.

**M. Segond.** N'ayant en vue que les fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale, je dirai que l'on a, d'ailleurs très volontiers, exagéré leur fréquence. J'ai pratiqué 420 hystérectomies vaginales et je n'ai blessé que 3 fois l'uretère. Dans un cas, la fistule s'est fermée spontanément. Ces fistules siégeaient toutes à droite.

La voie vaginale est la meilleure pour la cure de ces fistules. Après avoir exploré la fistule pour constater l'absence de rétrécissement, j'introduis une sonde dans la vessie et taille alors une valve vésicale que je viens fixer au-dessous de la fistule. Cette dernière s'ouvre ainsi dans la vessie. Ce mode opératoire est simple. Je l'ai employé une fois et ma malade reste guérie.

Pour bien se rendre compte de la façon dont on blesse l'uretère au cours d'une hystérectomie, il faut savoir que, parvenu à la base du ligament large, l'uretère est entourée d'un lacis veineux très développé formé par les veines utérines ; ces veines rattachent en quelque sorte l'uretère à l'utérus comme autant de ficelles. Quand on tire sur le col, l'uretère vient ainsi avec lui. Un moyen de l'éviter consiste à compléter, au début de l'hystérectomie, l'incision circulaire par deux incisions transversales pratiquées à la base des ligaments larges. Ces incisions se font à sec, car il n'y a pas de gros vaisseaux à leur niveau. Elles permettent d'avoir une lèvre vaginale antérieure et une postérieure ; on les retrousse, et l'antérieure relève avec elle l'uretère ; sur le cadavre, cela se voit très bien.

Le plus sûr moyen de ne pas blesser l'uretère, c'est de faire l'hystérectomie en deux temps : enlever le col d'abord et le corps ensuite. Le procédé de bascule de Doyen favorise le pincement de l'uretère, comme on peut facilement s'en rendre compte sur le cadavre. Enfin je dirai que lorsque l'utérus est haut situé et inabaissable, on ne risque guère de blesser l'uretère qui reste en bas et en dehors. C'est au contraire, quand l'utérus s'abaisse et qu'on le tire à la vulve, qu'on tire en même temps l'uretère et qu'on s'expose à blesser ce dernier. L'expérimentation cadavérique montre la justesse de ces diverses données et réduit à néant toutes les assertions émises en Allemagne au sujet de la blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie vaginale et qui sont tout autant d'erreurs.

**Présentation de malades.** — **M. Peyrot** présente un malade auquel il a pratiqué la **gastroentérostomie** pour cancer. Le résultat est bon et date de cinq semaines. **M. Reclus** présente un malade opéré en 1883 pour fibrome de l'abdomen. La tumeur adhérait à l'épiploon, à l'intestin, aux vaisseaux iliaques et n'a pu être complètement extirpée. La récidive n'a pas eu lieu, mais le malade est porteur d'une énorme éventration latérale. **M. Lucas-Championnière** cite à ce propos le cas d'une femme qui fut opérée d'un petit fibrome de la paroi abdominale et eut une éventration consécutive telle qu'il est à se demander si l'on n'eût pas mieux fait de laisser le fibrome.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

5 avril 1895.

**La diphtérie dans l'armée.** — **M. Catrin** revenant sur la communication de M. Gouguenheim à la dernière séance, fait remarquer que dans l'armée la diphtérie est relativement rare, et qu'elle est également plus bénigne que chez l'enfant.

**Ulcère de l'estomac.** — **M. Hayem** lit une note sur l'anatomie pathologique de l'ulcère de l'estomac. Il a fait des coupes sur l'estomac d'un marinier, grand buveur, mort dans son service, de péritonite suraiguë. L'estomac présentait sur sa face antérieure un ulcère perforé et un autre ulcère en voie de formation. La muqueuse stomacale offrait les lésions de la gastrite parenchymateuse. En outre, l'examen histologique démontra que, dans ce cas, l'ulcère était un néoplasme bénin ulcéré, et que ce néoplasme était un adénome à type particulier reproduisant le type des glandes de Brunner.

**Présentation de malades.** — **M. Chauffard** présente une malade atteinte depuis cinq ans de *chorée* caractérisée par des phénomènes de fluxion et d'extension des doigts, par des grimaces de la face sans grands mouvements gesticulatoires. Aucun trouble de sensibilité, aucun stigmate d'hystérie. Cette malade a eu une première attaque de chorée à l'âge de onze ans pendant la convalescence d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, une deuxième attaque à vingt-deux ans pendant le cours d'une grossesse. La dernière attaque survint subitement à quarante-huit ans au moment où la malade recevait la nouvelle de la mort de son fils. La fille de cette malade présente des antécédents pathologiques calqués sur ceux de la mère : attaque de chorée à treize ans, à la suite d'un rhumatisme articulaire subaigu ; à dix-neuf ans, nouvelle attaque de chorée pendant une grossesse. Se basant sur la longue durée de cette chorée et les conditions familiales, M. Chauffard porte le diagnostic de chorée d'Huntington.

**M. Gilles de la Tourette** fait remarquer que la chorée d'Hudington se termine généralement par la démence. Si cette malade est atteinte de chorée d'Huntington, elle arrivera dans six ou sept ans à la démence. A côté de la chorée d'Huntington qui doit être considérée comme une vésanie, il y a des cas de chorée de Sydenham débutant à dix-sept ans et donnant des attaques successives, d'allure plus ou moins chronique.

**M. Debove** présente un malade atteint d'une **névrose d'origine traumatique**. Cet homme, âgé de cinquante-six ans, bien portant jusqu'en décembre dernier, sans antécédents alcooliques ni syphilitiques, fit une chute dans son escalier le 12 décembre. A la suite de sa chute il perdit connaissance et ne revint à lui que quatre jours après à l'hôpital Saint-Louis où il avait été apporté et où on lui avait suturé une large plaie du cuir chevelu ; tous les membres étaient paralysés. Les mouvements revinrent progressivement jusqu'à l'état actuel ; il existe encore une parésie des quatre membres plus marquée à gauche ; le malade traîne la jambe gauche en marchant. Léger degré de contracture, exagération des réflexes, aucun trouble de sensibilité spéciale ni générale, aucun trouble mental. Troubles vaso-moteurs caractérisés par la coloration violacée des mains lorsqu'elles sont pendantes le long du corps. Absence complète de stigmates hystériques. M. Debove porte le diagnostic de névrose d'origine traumatique.

**M. Gilles de la Tourette** a vu un malade présentant des accidents analogues à ceux de ce malade, et comme lui sans autres stigmates d'hystérie qu'un peu d'anesthésie du côté gauche de la langue. Après un séjour de six mois dans le service de M. Charcot, apparurent des attaques d'hystérie parfaitement caractérisées.

**Présentation de pièces.** — **M. Ferrand** présente les pièces provenant de l'autopsie d'une jeune fille morte dans son service le 10 mars dernier. Cette malade était entrée à l'hôpital, en octobre 1894, pour des accidents gastriques caractérisés par des symptômes de dyspepsie douloureuse coïncidant avec un affaiblissement et un amaigrissement très marqué. Au commencement de février, hématémèse abondante ; quinze jours après, apparition de phénomènes péritonitiques. Les premiers jours de mars, parotidite suivie de pneumonie et de bronchopneumonie. L'autopsie permit de constater que cette hématémèse n'était pas en rapport avec un ulcus rotundum, et qu'il n'existait à la surface de l'estomac que des ulcérations très légères.

# DRAGÉES DE DUROZIEZ
## AU PROTOXALATE DE FER

*Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.*

**3** fr. LE FLACON

**Pharmacie DUROZIEZ**

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

---

**TUBERCULOSES**

**AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME**

# SOLUTION PAUTAUBERGE

**AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ**

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

*LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES*

**Anticatarrhale** et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

**Eupeptique** et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

*L. PAUTAUBERGE*, **22, rue Jules-César, Paris** ET PHARMACIES.

---

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré : **LAIT** *sucré à volonté*, 1 VERRE. **POUDRE de PEPTONE CATILLON,** 1 CUILLERÉE.

*Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.*

---

# COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

**CICATRISANT LES PLAIES**

**Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française**

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements,** etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

---

**Glycérophosphates**

# PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire

*Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable,* à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE. ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*

1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP

*SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS*

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

---

# PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY

Reconstituant et Sédatif des CELLULES NERVEUSES par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par l'OR

*Spécifique réel des* **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈTE**

DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.

PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

---

**MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES - TUBERCULOSE**

# CAPSULES COGNET

TOUTES PHARMACIES — EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ — 7 PARIS 43, R. SAINTONGE

---

# LAMPE FORMOGÈNE

**à dégagement de Vapeurs d'Aldéhyde formique** (FORMOL)

POUR LA

**DÉSINFECTION**

***complète, simple, rapide et économique***

DE TOUS LES APPARTEMENTS, CHAMBRES DE MALADES, SALLES D'HOPITAUX, ECOLES, etc.

Cet Appareil fonctionne par l'alcool de bois que l'on trouve couramment dans le commerce et dont le prix est insignifiant.

La DÉSINFECTION par ce procédé n'entraîne à aucun déménagement, ne détériorant aucun objet et ne laissant pas trace d'odeur.

VENTE EN GROS :

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

***9 et 11, Rue de la Perle, Paris***

qui enverra une Notice explicative sur demande.

---

# LYSOL

**LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON**

ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU

**FLACON D'ECHANTILLON** franco à MM. les médecins qui en font la demande.

**Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS**

---

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

# SIROP ET GRANULES CROSNIER

## MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON

**DOSES** : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.

PARIS : 21, Rue Vieille-du-Temple. ET PHARMACIES.

---

# PILULES DE BLANCARD

*Approuvées par l'Académie de Médecine*

ET

# SIROP DE BLANCARD

A L'IODURE DE FER INALTÉRABLE

**Ces préparations sont employées avec succès dans la Chlorose, l'Anémie, les Pâles couleurs, la Syphilis constitutionnelle, le Lymphatisme et dans toutes les maladies (Tumeurs blanches, Goitre, etc., etc.) que détermine le germe scrofuleux.**

Dose. . . . . { Pilules, 2 à 6 par jour. / Sirop, 1 à 3 cuillerées par jour.

Flacon 100 pilules, **4** fr. ; 1/2 flacon, **2** fr. **25** ; flacon sirop, **3** fr.

# SOLUTION ET COMPRIMÉS DE BLANCARD

## A l'Exalgine

**Contre les Migraines, Névralgies nerveuses, dentaires, musculaires, le Rhumatisme, la Céphalalgie, les Douleurs utérines, la Chorée des enfants, la Sciatique, la Dysphagie, etc , etc.**

Dose. . . { Solution, 1 à 4 cuillerées en 24 heures. / Comprimés, 4 à 16 — —

**Chaque cuillerée à soupe de solution contient 0 gr. 20 ; chaque comprimé 0 gr. 05 d'exalgine**

Flacon solution, **5** fr. ; 1/2 flacon, **2** fr. **75** ; flacon comprimés, **3** fr.

*Vente en gros* **BLANCARD et Cie, 40, rue Bonaparte, PARIS**